

Styresak 72/2014: Legers spesialitetsstruktur og veileder for akuttmottak

Møtedato: 23.09.14

Møtested: Helgelandssykehuset Sandnessjøen

Bakgrunn

Helsedirektoratet fikk i 2011 i oppdrag fra Helse- og Omsorgsdepartementet å gjennomgå og gjøre en vurdering av eventuelle endringer i struktur og innhold i legers spesialistutdanning. Det skulle foretas en gjennomgang av spesialitetsstruktur med tanke på at den skulle gjenspeile framtidige behov for legers spesialistkompetanse. Gjennomgangen skulle ta opp i seg hovedretningen som ligger til grunn i Samhandlingsreformen og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid (2011)».

Arbeidet skulle bl.a. kunne ut i forslag til en spesialitetsstruktur for leger, både hovedspesialiteter og grenspesialiteter, som gjenspeiler kommunenes og helseforetakenes faktiske og framtidige oppgaver, og som tar inn i seg nye og endrede kompetansebehov som følge av utvikling av helsetjenesten og samhandlingsreformen, medisinskfaglig og teknologisk utvikling, samt demografiske endringer.

Første utgave av utredningen forelå i juni 2013, men høsten 2013 kom et oppfølgingsoppdrag med konsekvensutredning av de foreslåtte tiltakene, og også å utrede en ny spesialitet innrettet på behovene i akuttmottakene.

Det er nå følgende rapporter som er sendt på høring med høringsfrist 10.10.2014:

- «Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og -innhold. IS-2079-2» som er en revidert versjon av utredningen om samme emne som kom i juni 2013. Til denne er det laget en egen konsekvensutredning: «Fremtidens legespesialister. Konsekvensutredning av forslag til ny spesialitetsstruktur for leger. IS-2180».
- «Fremtidens legespesialister. Spesialitetsstruktur- og innhold i samfunns- og allmenntilleggsmedisin (SISAM-prosjektet). IS-2139».
- «Veileder for faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak»

Det er et ønske at disse rapportene ses i sammenheng. I denne saken er det primært rapport nr 1 med tilhørende konsekvensutredning og rapport nr 3 som er gjennomgått.

Rapportene har vært sendt ut og gjennomgått med ledelse og fagmiljø i helseforetaket.

I styresaken er spørsmålene som Helsedirektoratet har stilt i høringsbrevet kommentert spesielt.

Innledning

Hovedmålsetningen med den foreslåtte nye spesialitetsstrukturen er å oppnå høyere kvalitet i helsetjenesten, å legge til rette for gode og effektive utdanningsløp samt å sørge for at vi har de riktige spesialitetene med en kompetanse som er i tråd med pasientens og samfunnets behov. Det har vært et mål å sørge for en spesialitetsstruktur som motvirker tendensen til en stadig sterkere spissing på bekostning av breddekompetanse og det er et spesielt ønske om å ivareta akuttmottakenes behov.

Hovedelementene i den nye strukturen:

- 3-delt spesialiseringssløp
 - Del 1 (turnustjeneste) felles kompetanseplattform for alle spesialiteter
 - Del 2 felles kompetanseplattform for grupper av spesialiteter
 - Del 3 unik for den enkelte spesialitet
- Omgjøring av indremedisinske og kirurgiske grenspesialiteter til hovedspesialiteter
- Opprettelse av ny spesialitet i mottaks- og indremedisin

- Gastrokirurgi som vaktbærende kirurgisk spesialitet i generell kirurgi
- Avvikling av gruppeføring
- Langsgående felles kompetansemøder i hele spesialiseringssløpet
- Forbedringer knyttet til veiledning, pedagogiske metoder, logistikk
- Forskning ikke tellende i de fleste spesialiteter
- Endringer i rolle- og oppgavefordelingen mellom Universitetene, Dnlf og Helsedirektoratet
- Endringer i spesialitetsstruktur i samfunns- og allmenntilleggsmedisin

Vurdering av de enkelte punktene i høringsbrevet

Spesialitet i mottaks- og indremedisin

Bakgrunn:

Det foreslås det å etablere en egen hovedspesialitet innen mottaks- og indremedisin. Dette skal være en bredde- og kompetansespesialitet med solid diagnostiseringskompetanse både for indremedisinske og andre pasientgrupper, samt kompetanse i å behandle mange av de vanligste indremedisinske sykdommene. I tillegg tilrås det at denne spesialiteten får særlig kompetanse i pasientlogistikk, organisasjon og ledelse. Spesialiteten tar utgangspunkt i generell indremedisin og er tilpasset EUs spesialitet indremedisin/generell indremedisin.

Spesialiteten vil kunne anvendes både i akuttmottakene, utredningsenheter, kortidsposter, ikke-kardiologiske overvåkingsposter, generelle indremedisinske avdelinger og poliklinikker. I tillegg vil den ha en kompetanse som passer til de utvidete oppgaver kommunene har fått gjennom samhandlingsreformen.

Det er bedt om vurdering av:

- ✓ *Har den foreslåtte spesialiteten en innretning som er tilpasset behovene i akuttmottaket, og i hvilken grad den kan være anvendelig i sykehus av forskjellig størrelse/organisering?*
- ✓ *Vil det være behov for en slik spesialitet også for andre formål i det enkelte sykehus?*

Vurdering:

- Helgelandssykehuset støtter at en spesialitet knyttet til mottaksmedisin tar utgangspunkt i generell indremedisin, da over halvparten av pasientene som tas i mot i akuttmottakene har indremedisinske problemstillinger. Den foreslåtte spesialiteten synes å ha en innretning som er tilpasset behovet for breddekompetanse for indremedisinske pasienter og vurdering av gråsoneproblematikk ift andre fagområder. Mottaks- og indremedisinere kunne tilføre sykehusene kompetanse på triagering, logistikk, pasientforløp og inneha funksjoner som leder evt. medisinsk faglig rådgiver for mottaksfunksjonen. Spesialiteten vil således kunne være anvendelig i sykehusenheter med forskjellig størrelse/organisering.

Det er imidlertid ulike oppfatninger om behovet for slike spesialister ved lokalsykehus som i Helgelandssykehuset, siden de indremedisinske hovedspesialitetene vil ha en generell innretning i spesialistutdanningens del 2 og de generelle problemstillingene vil kunne ivaretas tilfredsstillende av disse i tillegg til de respektive fagområdene i hovedspesialitetene. Slike spesialister i mottaks- og indremedisin vil neppe redusere behovet for de øvrige hovedspesialitetene ved lokalsykehusene, men vil kunne være et supplement og inngå i vakt sammen med øvrige indremedisinske hovedspesialister, som vil være vaktkompetente etter gjennomført del 2, samt ivareta oppgaver knyttet til sengeposter, akuttmottak og samhandling..

- Det påpekes en feil i konsekvensutredningen kap 6.2.3. Ved Helgelandssykehuset Mo i Rana dekkes primæravtatt av turnuslege i tilstedevakt 24/7. Det er 2 turnusleger i tilstedevakt i akuttmottaket til kl 21, i tiden kl 21 – 08, er det én turnuslege i tilstedevakt.

Langsgående kompetansemoduler for alle spesialiteter

Bakgrunn:

Det foreslås felles gjennomgående kompetansemoduler innen kommunikasjon, etikk, systemforståelse, kvalitetsarbeid, lover, forskningsforståelse og kunnskapshåndtering, organisasjonsutvikling og ledelse, samt samhandlingskompetanse. Disse skal være felles for alle spesialitetene og være gjennomgående i hele spesialiseringssløpet.

Om høringsinstansen er enig i behovet, ønskes det innspill på følgende:

- ✓ *Hvordan kan modulene utformes for å oppnå mest mulig læring i de temaene modulene omfatter?*
- ✓ *Er det tema som savnes eller kan sløyfes?*

Vurdering:

Helgelandssykehuset mener at de foreslåtte kompetansemodulene vil styrke kvaliteten på spesialistutdanningen, men påpeker viktigheten av en kvantifisering av ressursbruk og en klargjøring av ansvarsfordelingen mellom helseforetakene og universitetene knyttet til undervisnings- og veilederoppgavene i disse modulene.

- Ulike former for kompetanseutvikling må tas i bruk, som anført i kap. 6.6 i konsekvensutredningen: Erfaringsbasert læring med trening, refleksjon og innhenting av kunnskap, og der arenaene for læring er supervisjon, veiledning individuelt og i grupper, e-læingskurs etc.
- Det er ikke belyst hvorvidt noen av de langsgående kompetansemodulene burde inngått i grunnutdannelsen ved universitetene
- Pasientsikkerhet bør inn som eget tema i de langsgående kompetansemodulene i tråd med det økende fokus som er på pasientsikkerhetsarbeide, dvs. vern mot unødig skade i pasientbehandlingen og sikting av trygge tjenester.

Styrking av veiledningen

Om høringsinstansen er enig i behovet, ønsker vi innspill på følgende:

- ✓ *Anses det skisserte opplegget egnet og/eller er tilstrekkelig for å styrke veiledningen og gjerne forslag til alternative løsninger?*

Det er foreslått å styrken veiledningen av den enkelte LIS-lege, samt å styrke kompetansen til den enkelte veileder. I konsekvensutredningen er det skissert en modell der alle LIS-leger i slutten av utdanningsløpet gjennomgår et veiledningskurs og videre skisseres det kurs for overleger (Train-The-Trainers)

Vurdering:

Selv om det er potensiale i å etterleve dagens veilederordning bedre, vil Helgelandssykehuset støtte at veiledningen styrkes slik som foreslått. Dette vil imidlertid utløse økte ressurser også i helseforetakene, og dette må klarlegges nøye før iverksettelse. Veiledning kan foregå både i veiledningsgrupper og som individuell veiledning.

I de psykiatriske fagfeltene er det i dag krav om betydelig mer veiledning enn i de andre spesialitetene og det fremkommer ikke klart hvordan det nye forslaget virker inn på eksisterende spesialitetskrav.

Alternativ for del 1 i spesialistutdanningen

Bakgrunn

Nåværende turnustjeneste foreslås tatt inn som obligatorisk del av spesialistutdanning og skal utgjøre del 1 av minimums utdanningstid 6 – 6,5 år

Det skisseres 2 alternativer:

1): del 1 på 1 ½ år med ½ år i kommunehelsetjenesten og til sammen ett år i sykehus. Sykehustjenesten er foreslått å bestå av 6 måneders obligatorisk tjeneste i kirurgi og indremedisin pluss 6 måneder med valgbare moduler innen 2 av fagene kirurgi, indremedisin eller psykiatri. De valgbare modulene (3 mnd) er foreslått å kunne trekkes fra del 2 i aktuell spesialitet

2): reduksjon av sykehustjenesten med ½ år og evt. øke del 2 eller del 3 med ½ års sykehustjeneste.

Alternativ 2 vil medføre bare 6 måneders sykehustjeneste før halvåret i kommunehelsetjenesten.

Det er bedt om synspunkter på:

- ✓ *Er det nødvendig/hensiktsmessig å basere seg på ett års strukturert sykehustjeneste i del 1 alternativ 1, eller kan det være mer hensiktsmessig for det samlede spesialiseringløpet å korte denne tjenesten ned til 6 måneders strukturert sykehustjeneste? Det forutsettes at læringsmålene som er felles for alle spesialiteter nås.*

Vurdering

Ett års strukturert sykehustjeneste anses som nødvendig, ikke minst i forkant av tjenesten i kommunehelsetjenesten. Ett års tjeneste vil med forslaget sikre 6 måneders tjeneste i minst 1 fagområde, mens ½ års sykehustjeneste bare vil kunne gi to 3- måneders moduler, noe som anses for å være for lite i forkant av tjeneste i kommunehelsetjenesten.

Gastrokirurgi - vaktbærende/vaktkompetanse

Bakgrunn:

Det foreslås at alle de kirurgiske og indremedisinske grenspesialiteter blir hovedspesialiteter, og at generell kirurgi opphører som egen spesialitet. Gastrokirurgi foreslås som vaktbærende spesialitet innen generell kirurgi da 70-80 % av akuttkirurgiske problemstillinger til akuttmottakene er innen gastrokirurgi. Innen indremedisin foreslås å opprette en ny hovedspesialitet i mottaks- og indremedisin (se over).

Det anbefales i rapporten at de forskjellige elementer/moduler i spesialiseringløpene skal ha læringsmål som kan gi tilstrekkelig kompetanse til å ha funksjoner knyttet til vakt/beredskap. Det som beskrives i rapporten er generelle vurderinger av kompetansebehov.

Vaktkompetanse er i rapporten (s.20) definert som den kompetanse en lege må ha for å kunne diagnostisere og gi nødvendig (tidskritisk) behandling til pasienter i akuttmottak

Kommentar: Behov for endelig vaktkompetanse (dagens spesialistvakt/overlegevakt) må presiseres spesielt innen indremedisin, der både spesialister i de nye indremedisinske hovedspesialitetene og spesialister i mottaks- og indremedisin skal kunne ha slik vaktberedskap med bakgrunn i innholdet i del 2.

Vaktkompetanse i akuttmottak er imidlertid i høringsbrevet beskrevet som den minimumskompetanse som må være umiddelbart tilgjengelig i et akuttmottak. Det skilles mellom indremedisinske pasienter (inkl nevrologiske) og kirurgiske pasienter (inkl ortopediske).

Gjennomført del 2 i indremedisinske spesialiteter er beskrevet å skulle gi tilstrekkelig kompetanse til å vurdere innkomne pasienters behov for helsehjelp, gi nødvendig behandling inntil ansvaret for pasienten kan overtas av annen spesialist og viderehenvise pasienten til rett spesialitet. Det legges videre til grunn at de fleste indremedisinske pasienter som kommer til akuttmottaket ikke vil ha behov for mer spesialisert hjelp.

Gjennomført del 2 i de kirurgiske spesialiteter skal gi nødvendig kompetanse til å kunne vurdere om innkomne pasienter har behov for tilsyn av spesialist for eventuell akutt operativ behandling og kompetanse til å klargjøre pasienten for eventuell videre transport.

I tillegg til denne mottakskompetansen legges det til grunn at sykehus som har akuttmottak vanligvis også vil ha:

- Anestesilege som kan tilkalles
- Vaktordning for indremedisinsk spesialist med generell kompetanse
- Vaktordning for gastroenterologisk kirurg dersom det mottas kirurgiske pasienter
- Vaktordning for ortopedisk kirurg dersom det mottas ortopediske pasienter

Det bes om synspunkter på:

- ✓ *Kan gjennomført del 2 i henholdsvis de indremedisinske og de kirurgiske spesialiteter gi tilstrekkelig kompetanse til å foreta selvstendige første vurderinger av pasienter innlagt i akuttmottaket?*
- ✓ *Kan gjennomført del 2 i de indremedisinske spesialiteter gi tilstrekkelig kompetanse til å diagnostisere og behandle pasienter som ikke har behov for å overføres til annen spesialitet?*

- ✓ *Er det hensiktsmessig å basere kirurgisk vaktkompetanse på gastroenterologisk kirurgi alene? Hvis ikke, hvilke andre løsninger kan være mulige?*

Vurdering:

- Slik spesialistutdanningen er skissert vil gjennomført del 2 med varighet 3 år i de indremedisinske hovedspesialitetene og 3 år i hovedspesialiteten gastrokirurgi gi kompetanse til å foreta førstevurderinger og start av behandling av pasienter innlagt i akuttmottak, men det må alltid være mulighet for supplerende kompetanse av spesialist med kompetanse tilpasset aktuelle pasientgrupper som mottas, dvs. at spesialist har det endelige vaktansvaret. Innen kirurgi understøttes vaktlinje med LIS-lege + spesialist også med at større operativ behandling har behov for 2 operatører.

I konsekvensutredningen (punkt 6.5.2 s. 63) heter det at det må legges til grunn at det må være kirurgisk tilstedevakt i akuttmottak i tillegg til del 1/del 2- leger, dersom kirurgiske pasienter skal mottas. Grunnlaget for dette gjenfinnes ikke i utredningen og heller ikke i veilederen for organisering og drift av somatiske akuttmottak, så en slik presisering synes ikke nødvendig.

Det er behov for avklaring av innholdet i trinn 2 i kirurgisk spesialistutdanning innen kirurgisk spesialistutdanning med tanke på felles tjeneste innen bløtdelskirurgi, ortopedi, fødselshjelp og kvinnesykdommer som i dag har krav om generell kirurgisk tjeneste i sin spesialisering. Eksempelvis inngår LIS-leger innen generell kirurgi og ortopedi i et felles vaktssystem ved sykehusenheten i Mo i Rana.

- Gjennomført del 2 skal gi det faglige grunnlaget, innholdet og kompetanse innen generell indremedisin for å kunne inneha endelig vaktansvar som spesialist, men det bør påpekes at utdanningstiden i del 3 er imidlertid også av betydning for å være vaktkompetent som spesialist, ikke minst med tanke på de langsgående kompetansemødelene som skal følge hele utdanningsløpet. I de sykehusene som ikke har seksjonerte vaktordninger vil det jo også være deltakelse i generell indremedisinsk vakt gjennom deler av del 3. En utdanningsstruktur som skissert innen indremedisin vil sikre at alle indremedisinske hovedspesialister i sin utdanning skal ha den nødvendige generelle kompetanse til å kunne ha selvstendig vaktansvar innen generell indremedisin ved små og mellomstore sykehus, men endelig vaktansvar ved lokalsykehusene må utgjøres av spesialister enten i de indremedisinske hovedspesialitetene eller mottaks- og indremedisin. Det vil være arbeidsgivers ansvar å legge til rette for at de aktuelle hovedspesialistene faktisk kan opprettholde den nødvendige generelle kompetansen, hvis vaktberedskap inngår i arbeidsoppgavene.
- Innen akuttkirurgi utgjør gastrokirurgi ca. 80 % av de akutte problemstillingene, og med en omgjøring av de kirurgiske grenspesialitetene og bortfall av generell kirurgi som egen spesialitet, er det hensiktsmessig å basere kirurgisk vaktkompetanse på gastrokirurgi. Av de øvrige 5 kirurgiske grenspesialitetene er det dernest urologi som er mest aktuell kompetanse ved lokalsykehusene, men urologene har ikke behov for en generelt innrettet del 2 på 3 år på samme måte som gastrokirurgene. Det anses derfor mest hensiktsmessig at gastrokirurgene utgjør den kirurgiske vaktkompetansen ved lokalsykehusene. Ortopedi og føde/gyn har egne vaktordninger. Gastrokirurgi som vaktbærende spesialitet vil i fremtiden kreve min. 6 spesialister pr. sykehusenhet som har kirurgisk vaktberedskap, og dette vil utgjøre store utfordringer med tanke på rekruttering av gastrokirurger. Samtidig vil imidlertid en stor del av LIS-stillinger måtte bli innrettet på del 2 for gastrokirurgi (generell kirurgi), og det vil være en lang overgangsperiode før alle kirurger ved lokalsykehusene er hovedspesialister og ikke har generell kirurgi i tillegg til grenspesialitet.

Det vil også være en utfordring om det i fremtiden vil være oppgaver nok innen akutt- og elektiv kirurgi ved alle sykehusenheter som i dag har akuttkirurgisk beredskap, for så mange gastrokirurger som skissert ovenfor og i tillegg det nødvendige antall LIS-leger. Som anført i utredningen er det rimelig å anta at gastrokirurgene i sterkere grad vil dele endoskopi-oppgaver med spesialister i gastroenterologisk medisin, men hvor mye dette vil utgjøre i behov for stillinger er usikkert.

Mulige strukturendringer innen akutt-kirurgi blir imidlertid også drevet frem av faglig utvikling og ikke bare av fremtidige endringer i spesialitetsstruktur. Det har lenge vært press på sentralisering av kirurgiske oppgaver pga faglig utvikling med sentralisering av kreftkirurgi og mindre akutt-kirurgiske inngrep på kveld og natt.

Alt i alt vil både endringer i spesialisasjonsstruktur med gastrokirurgi som vaktbærende hovedspesialitet og den generelle utviklingen i de kirurgiske fagene øke utfordringene med å opprettholde en så desentralisert kirurgisk akuttberedskap som i dag. Det bør foretas en nærmere beregning av behov for LIS-leger innen gastrokirurgi for å etterkomme det økte behovet for gastrokirurger, samtidig som også fremtidige arbeidsoppgaver knyttet til endoskopi- virksomhet og øvrig samarbeid med gastro-medisinere, bør kartlegges nærmere.

Det er vanskelig å finne alternative løsninger, men to muligheter kan skisseres:

- Utvidelse av del 2 for andre kirurgiske spesialiteter for eksempel urologi og karkirurgi slik at kirurgisk bakvaktkompetanse sikres. Det må da imidlertid nøye defineres hvilken operativ kompetanse som skal inngå i dette.
- Utvikling av et akuttkirurgisk kompetanseområde som dekker generell akuttkirurgisk vaktkompetanse og kan være et supplement til utdanningen innen f.eks. urologi og karkirurgi. Dette vil i så fall være en tilleggstudanning som arbeidsgiver må påregne å bekoste som et rekrutteringstiltak.

Omgjøring fra gren- til hovedspesialiteter innen kirurgi og indremedisin

- ✓ *Hvordan vurderes konsekvenser av denne omgjøringen slik de er beskrevet i konsekvensutredningen?*

Vurdering:

Omgjøringene støttes slik de er foreslått og at omgjøringen må gjelde alle, og ikke bare enkelte av grenspesialitetene. For å sikre nødvendig kompetanse for akutfunksjon i kirurgi og indremedisin må forutsetningene være at vaktlinjer med hovedspesialist som endelig vaktansvarlig opprettholdes. Innen kirurgi bør dette være spesialist i gastrokirurgi. Innen indremedisin kan det være spesialist i indremedisinsk hovedspesialist evt. supplert med spesialist i mottaks- og indremedisin som alle gjennom innholdet i utdanningens del 2 gir den nødvendige kompetanse i generell indremedisin for å kunne ivareta dette ansvaret.

Konsekvensutredning av forslag til ny spesialisasjonsstruktur

- ✓ *Det er også ønskelig med innspill på vurderingene av økonomiske og organisatoriske konsekvenser av ny spesialisasjonsstruktur og -innhold leger.*

Noen momenter som ikke er belyst under øvrige svar- punkter:

Oppheving av gruppeføring:

Helgelandssykehuset ser positivt på opphevingen av gruppeføringen i spesialistutdanningen og at læringsmålene skal være avgjørende for hvor utdanningen kan tas. Dette vil kunne medføre at LIS-leger kan ta større deler av utdanningen ved Helgelandssykehuset og at fravær for å dekke spesifikke læringsmål kan målrettes i samarbeid med andre helseforetak. Mindre behov for langvarig fravær som ledd i spesialistutdanningen er positivt i rekrutteringssammenheng.

Forskning ikke tellende i de fleste spesialitetene

Helgelandssykehuset ser utfordringer i dette, siden vi er avhengig av et bredt spekter av tiltak for å stimulere til økt forskningsaktivitet. Det er i imidlertid vanskelig å se hva som kan utgå i de skisserte utdanningsløpene hvis forskning skal være tellende. Det vil således være nødvendig med et sterkt fokus på forskning og kunnskapsbasert praksis i øvrige deler av spesialistutdanningen også i de langsgående modulene der en av dem skal omhandle forskning.

Obligatorisk etterutdanning

Det er foreslått at det skal være en plan for den enkelte spesialists etterutdanning utarbeidet i felleskap mellom legen og arbeidsgiver, samt at aktiviteten registreres slik at den er etter prøvbar. Det er ikke anbefalt at manglende eller utilstrekkelig etterutdanning skal medføre tap av spesialistgodkjenning. Det fremgår ikke av høringsutkastet eller konsekvensutredningen hvilke konsekvenser det skal få for den enkelte lege for øvrig eller for arbeidsgiver. Prinsippet om obligatorisk etterutdanning støttes, men ordningen må beskrives nærmere før endelig standpunkt kan tas.

Økonomiske konsekvenser

Endringer i vaktstruktur, mer strukturert utdanning med mindre tidsbruk på rutineoppgaver, økt teoretisk utdanning, veiledning, langsgående moduler og obligatorisk etterutdanning vil alle få økonomiske konsekvenser for helseforetakene.

Det er i konsekvensutredningen anført at økt satsing på veiledning sammen med innføring av obligatoriske langsgående fellesmoduler vil koste helseforetakene til sammen 31,5 mill kroner pr år. Dette er forbundet med stor usikkerhet og det bør tas høyde for en større utgiftsøkning.

Spesialitetsstruktur- og innhold i samfunns- og allmenntilleggsmedisin - SISAM

- *Anses forslagene i SISAM-rapporten å styrke kompetansen i allmenn- og samfunnsmedisin i tilstrekkelig grad?*

Dette punktet er ikke behandlet i Helgelandssykehuset

Veileder for organisering og drift av akuttmottakene

Bakgrunn:

Den foreliggende veilederen er utarbeidet av Helsedirektoratet i samråd med bredt sammensatte rådgivningsgrupper med representanter fra små og store helseforetak, kommuner, myndigheter og brukerrepresentanter.

Beskrivelsen av akuttmottakenes oppgaver har tatt utgangspunkt i dagens situasjon med mange foretak med akuttmedisinske oppgaver og svært ulik aktivitet. Likevel er det mange generelle utfordringer som må kunne håndteres for at pasientene skal kunne få et likeverdig tilbud ved det enkelte foretak. Det er spesielt tatt utgangspunkt i håndtering av eldre pasienter med uavklarte tilstander, samt prosedyrer for å takle hverdagskriser med opphopning av pasienter i akuttmottaket. Disse utfordringene var også viktige premisser for Helsetilsynets tilsyn i 2007/2008.

De anbefalinger og krav som beskrives i den foreliggende veilederen tar utgangspunkt i krav til forsvarlig virksomhet og krav til ledelse i spesialisthelsetjenesteloven, samt krav nedfelt i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

I veilederen gis det anbefalinger på:

- Organisering
- Drift
- Klinisk virksomhet
- Kompetanse

Noen av de mest sentrale anbefalingene:

- Organisasjonsmessig plassering som tilfredsstillende kravene til enhetlig ledelse
- Det skal være medisinsk ansvarlig erfaren lege med ansvar for akuttmottaket hver dag
- Bedre aktivitetsregistrering
- Måling av kvalitetsindikatorer
- Lett tilgjengelige spesialister
- System for tilkalling av akutt-team ved alvorlige tilstander
- Prosedyrer for helhetlige pasientforløp ved enkelte definerte tilstander
- Mer systematisk opplæring og etterutdanning
- Nasjonal plan for videreutdanning av akuttstasjonspasienter

Det er ikke foreslått krav til tilstedevakt av spesifikk legekompertanse, men organisering og system som sikrer medisinsk forsvarlighet og ansvar og at alle pasienter som ankommer akuttmottak blir vurdert av erfaren lege (kompetanse i / med i front)

Det bes om innspill på:

- ✓ *Hvordan vil en tydeligere organisatorisk plassering av akuttmottaket og et avklart medisinsk faglig ansvar for prosedyrer og rutiner bidra til å øke sikkerhet og kvalitet for virksomheten i mottaket?*
- ✓ *Hvilken nytte kan foretakets ledelse ha av at det innføres fortløpende aktivitetsregistrering for akuttmottakene?*
- ✓ *Hvordan vil et tydelig medisinsk faglig ansvar for klinisk ledelse i akuttmottaket den enkelte virksomhetsdag påvirke organiseringen ved store eller små sykehus?*
- ✓ *Vil beskrivelsen av kompetansekrav for personell i akuttmottaket bidra til å sikre kvaliteten i tjenesten?*

Vurdering:

- Akuttmottakene i Helgelandssykehuset er tydelig organisatorisk plassert. Ved Helsetilsynets gjennomgang i 2007 fikk akuttmottaket i Mo i Rana ingen avvik. Et avklart medisinsk ansvar for rutiner og prosedyrer ved avdelingsleder evt. medisinsk faglig rådgiver dersom avdelingsleder ikke er lege, støttes.
- Løpende aktivitetsregistrering vil være et nødvendig verktøy for god og forsvarlig logistikk, og understøtte aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging.
- Klargjøring av medisinsk ansvar den enkelte virksomhetsdag ved erfaren lege vil kunne implementeres i vaksystemet. Dette ansvaret bør ligge hos erfaren LIS-lege eller spesialist/overlege.
- Klargjøring av kompetansekrav for leger og sykepleiere bidrar til å sikre kvaliteten på tjenesten, og en formalisert videreutdanning for akuttisykepleiere støttes.

Det er positivt av det ikke er satt eksplisitte krav til legekompentansen i akuttmottaket, men at helseforetakene må organisere vakt og bemanning som sikrer forsvarlighet, inkludert vurdering av erfaren lege innen den nødvendige tid som forsvarligheten krever.

VEDTAKSFORSLAG:

1. Styret støtter intensjonene og de foreslåtte endringene i legers spesialitetsstruktur.
2. Styret viser til saksfremlegget og ber Helsedirektoratet ivareta de momentene som fremkom i saken.
3. Styret ser at foreslått spesialitetsstruktur, men også utvikling i det kirurgiske fagområdet kan få konsekvenser for kirurgisk akutfunksjon ved lokalsykehusene, og ber om at dette hensyn tas i det videre arbeidet med spesialitetsstruktur.
4. Styret ser at de foreliggende utredningene har betydelige driftsmessige konsekvenser for helseforetaket, og forutsetter at merutgifter knyttet til omlegging av spesialitetsstrukturen blir kompensert.

Per Martin Knutsen
Administrerende direktør

Saksbehandler: Medisinsk direktør Fred A. Mürer

Egne vedlegg:

1. Høringsbrev fra Helsedirektoratet 18.06.2014
2. Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur- og innhold. IS-2079-2
3. Fremtidens legespesialister. Konsekvensutredning av forslag til ny spesialitetsstruktur for leger. IS-2180.
4. Fremtidens legespesialister. Spesialitetsstruktur- og innhold i samfunns- og allmenmedisin (SISAM-prosjektet). IS-2139.
5. Veileder for faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak